

**Громадська організація
«Львівська медична спільнота»**

ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
РОЗВИТКУ МЕДИЧНИХ НАУК
У ХХІ СТ.»**

29-30 травня 2015 р.

**Львів
2015**

Список літератури:

1. Акушерство та гінекологія: У 4 т.: національний підручник / Кол. авт.; за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. – Т.3: Неоперативна гінекологія / К.: ВСВ «Медицина», 2014. – С. 502-526.
2. Запорожан В.Н. Состояние иммунитета у больных с гиперпластическими процессами репродуктивной системы / В.М. Запорожан, О.В. Хаит, В.Ф. Нагорная // Акушерство и гинекология. – 1998. – № 3. – С. 47-50.
3. Нинкина Г.Н. Особенности гормонального и иммунного статуса больных с гиперпластическими процессами эндометрия / М.Г.Нинкина, В.Е. Вольф // Акушерство и гинекология. – 2004. – С. 24-26.
4. Степула В.В. Некоторые особенности встречаемости факторов риска гиперпластических процессов и рака эндометрия у женщин юга Украины / В.В. Степула, А.Г. Андриевский // Вісник морської медицини. – 2009. – № 2 (10). – С. 12-14.
5. Татарчук Т.Ф. Современные принципы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия / Т.Ф. Татарчук, Е.В. Бурлака // Здоровье женщины. – 2003. – № 4(16). – С. 107-114.
6. Adamus G. Long-term persistence of antirecoverin antibodies in endometrial cancer-associated retinopathy / G.Adamus, D.Amundson, C.Mackay, P.Gouras // Arch. Ophthalmol. – 2008. – Vol. 116, № 2. – P. 251-253.
7. Cavalcanti M. Irreversible cancer cell-induced functional anergy and apoptosis in resting and activated NK cells / M.Cavalcanti, A.Jewett, B.Bonavida // Int. J. Oncol. – 2009. – Vol. 14. – P. 361-366.

Бакун О. В.

кандидат медичних наук, асистент

Закутній Т. О.

студент V курсу

Буковинський державний медичний університет

м. Чернівці, Україна

ЛІКУВАННЯ ГІПОГАЛАКТІЇ У ЖІНОК ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ

Рациональне харчування передбачає, в першу чергу, вигодовування дітей першого року життя грудним молоком матері. Унікальність грудного молока полягає в тому, що це найбільш здорова, оптимально збалансована природою їжа, яка легко засвоюється. Вона повністю задовольняє всі харчові і енергетичні потреби дитини від народження і не менше ніж до 5-6 місяців життя без яких-небудь добавок [2]. Серед багатьох проблем грудного вигодовування самою частою є скарга матері на те, що у неї не вистачає молока. Гіпогалактія – це зниження секреторної діяльності молочних залоз в період лактації [1]. Розрізняють первинну і вторинну гіпогалактію. Первинна зумовлена анатомічними і функціональними особливостями молочних залоз, а також важкими захворюваннями матері, пов'язаними з екстрагенітальною патологією (цукровий діабет, зоб дифузний токсичний) зустрічається рідко, тільки у 4-10% жінок. А також серед

причин гіпогалакції можна виділити наступні фактори: генетичний і ятрогенний. До останнього відносять випадки застосування у вагітних і породіль медикаментозних засобів, які активують і стимулюють пологову діяльність (естрогени, простагландини, окситоцин). В подальшому у породіль, які отримували ці препарати, в перші години і доби після пологів відсутня лактація чи вона проявляється в більш пізні терміни і є недостатньою [3].

Вторинна гіпогалакція може бути викликана ускладненнями вагітності, пологів і післяпологового періоду (пізні гестози вагітних, анемії вагітних, маткові кровотечі та ін.), а також порушення режиму, нераціональне харчування, психічні та фізичні перенавантаження, неправильна організація режиму годування новонародженого та техніка годування, захворювання молочних залоз (тріщини сосків, мастити). Вторинна гіпогалакція в більшій мірі тимчасовий стан. Якщо при первинній гіпогалакції ми маємо обмежені можливості лікування, то при вторинній гіпогалакції можливо при своєчасному лікуванні відновити лактацію. Для цього необхідно з'ясувати причину, яка викликала гіпогалакцію [3, 4].

Можна виділити особливу групу жінок по розвитку первинної гіпогалакції – це жінки, які перенесли операцію кесаревого розтину. За годинами виникнення розрізняють ранню гіпогалакцію. Вона проявляється в перші 10 днів після пологів. І пізню гіпогалакцію, яка виникає після 10 днів [5].

Нами обстежено 60 породіль, які розподілили на дві групи: I – основна – 30 жінок із зниженою лактаційною функцією. II – контрольна – 30 породіль із збереженою лактаційною функцією. У всіх жінок було вивчено анамнез життя, перенесені соматичні та гінекологічні захворювання, особливості менструальної і дітородної функцій, перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду. У новонароджених визначали стан при народженні, оцінку за шкалою Апгар, первинне зменшення маси тіла і ступінь її відновлення до четвертої-п'ятої доби життя, особливості перебігу періоду ранньої постнатальної адаптації. Лактаційну функцію у пацієнток оцінювали на четверту-п'яту добу післяпологового періоду на підставі клінічних спостережень за породіллями, добовою кількістю молока, що продукується, за введенням новонародженим прикорму сумішшю, а також за показниками втрати маси та її відновлення у дітей вродовж перших чотирьох-п'яти діб після народження. Нормальною лактацією вважали стан, за якого прикорми не вводилися, максимальна втрата маси тіла новонароджених не перевищувала 6%, відновлення початкової маси не менше 95% протягом раннього неонатального періоду.

При оцінці ступеня недостатності функції лактації використовували класифікацію С.Н.Гайдукова (1999): I ступ. тяжкості – дефіцит молока не більше 25% від необхідної кількості, II ступ. – 50%, III ступ. – до 75%, IV ступ. – понад 75%. Для постановки діагнозу недостатності функції лактації (гіпогалакція) брали до уваги дані анамнезу, наявності екстремітальних захворювань, ускладнення перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили на персональному комп'ютері IBM з допомогою статистичної програми Excel, використовуючи методи варіаційної статистики. Достовірність відмінностей ознак встановлювали за допомогою t-критерію Ст'юдента. Різниця показників вважали достовірними при значенні $p < 0,05$.

Наявність гінекологічних захворювань в анамнезі розглядається як чинник ризику різних порушень репродуктивної системи, що призводить до гормональних зрушень, порушення дітородної функції з подальшими ускладненнями післяпологового періоду, а також впливає на становлення і тривалість лактації. Гінекологічні захворювання в анамнезі мали 23 (76,6%) жінок основної групи і 11 (36,6%) – контрольної ($p < 0,05$). Запальні захворювання жіночої статеві сфери в обох групах відмічалися приблизно з однаковою частотою. У той же час порушення менструальної функції достовірно частіше визначалися в основній групі – 21 (70%) жінки, порівняно з контрольною – у 4 (13,3%) ($p < 0,05$). В основній групі у структурі порушень менструальної функції звертає на себе увагу переважаання таких нозологічних форм, як дисменорея – у 5 (16,6%), поліменорея – у 2 (6,6%), нерегулярні менструації – у 12 (40%) жінок. Ліпше в основній групі в анамнезі було виявлено такі порушення, як пізні менархе – у 1 (3,3%), гіпоменструальний синдром – у 1 (3,3%) пацієнтки.

При аналізі акушерського анамнезу слід зазначити, що кожна третя породілля як основної, так і контрольної групи, мала в анамнезі артіфіціальні аборти: 11 (36,6%) і 9 (30%), відповідно. У кожній другій жінки основної групи (16, 53,3%) були вказівки в анамнезі на невиношування вагітностей, здебільшого за рахунок самовільних абортів – у 12 (40%), а також на передчасні пологи – у 3 (10%). Неускладнений перебіг післяпологового періоду реєструвався значно рідше в основній групі породілець – у 4 (13,3%), ніж у контрольній – у 16 (53,3%). Нормальний перебіг післяпологового періоду в основній групі було відмічено у 4 породілець, що склало 13,3%, у контрольній – у 16 (53,3%). Зниження функції лактації – у 22 (73,3%) жінок основної групи та у 4 (13,3%) – контрольної групи, субінволюція матки – у 4 (13,3%) жінок основної групи та у 1 (3,3%) жінок контрольної групи. Оскільки субінволюція матки відмічалася значно частіше в жінок основної групи, нами проаналізовано чинники, які сприяють виникненню цього ускладнення. У жінок основної групи значно частіше реєструвалися захворювання серцево-судинної системи: у 8 (26,6%), а у контрольній групі – у 4 (13,3%). Наявність запальних захворювань органів малого тазу в анамнезі можна розглядати як чинник, що впливає на інволюцію матки та зниження лактаційної функції в післяпологовому періоді. Так, хронічний сальпінгоофорит зареєстровано у більшості породілець обох груп: в основній групі – у 19 (63,3%), в контрольній – у 7 (23,3%) ($p < 0,05$). Половина породілець з субінволюцією матки вказували на наявність в анамнезі ерозії шийки матки – в основній групі – у 2 (50%). У жінок при зниженні функції лактації відмічається в анамнезі висока частота порушень менструального циклу і хронічного сальпінгоофориту: в основній групі – у 21 (70%) і 19 (63,3%), в контрольній – у 4 (13,3%) і 5 (16,6%), відповідно ($p < 0,05$). Невиношування вагітності в анамнезі як чинник розвитку гіпогалактії зареєстровано у 53,3% жінок основної групи.

При гіпогалактії у більшості породілець основної групи відмічалася загроза переривання вагітності – у 14 (46,6%), гестоз – у 10 (33,3%), анемія – у 27 (90%), плацентарна недостатність – у 12 (40%), у контрольній групі – у 16,6, 3,3, 53,3 та 6,6% спостережень, відповідно ($p < 0,05$). Найвагомішими інтранатальними чинниками для порушень лактаційної функції після пологів були аномалії пологової діяльності і крововтрата понад 500 мл, які реєструвалися в обох

групах майже з однаковою частотою. Як в основній, так і в контрольній групі породілець нами не отримано достовірно значущих перинатальних чинників серед доношених новонароджених, які б впливали на становлення лактації в післяпологовому періоді. За даними ретроспективного аналізу виявлено, що у жінок з порушенням лактації повільніше збільшувалася маса тіла (лише до 5-ї доби відновлювали початкову масу тіла).

Список літератури:

1. Гутикова Л.В. Гипогалактия, развивающаяся на фоне перенесенного гестоза / Л.В. Гутикова, Р. Анисим, О. Кузнецов // Здравоохранение Российской Федерации. — 2007. — № 2. — С. 53-56.
2. Гутикова Л.В. Новые подходы к профилактике гипогалактии / Л.В. Гутикова // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2007. — Т. 7, № 3. — С. 43-46.
3. Медведь В.И. Медикаментозная терапия и лактация / В.И.Медведь, А.П. Викторов // Лікування та діагностика. — 2001. — № 2. — С. 54-58.
4. Паснок О.С. Особливості клінічного перебігу післяпологового періоду і порушень лактаційної функції у жінок з дифузним негтоксичним зобом / О.С. Паснок // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2011. — № 1. — С. 70-73.
5. Профилактика гипогалактии у родильниц, перенесших абдоминальное родоразрешение / [И. Лахно, А.Мащенко, В.Дудко и др.] // Медицина неотложных состояний. — 2008. — № 4. — С. 80-82.

Бакун О. В.

кандидат медичних наук, асистент

Дудар Л. А.

студентка V курсу

Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

ПОШИРЕНІСТЬ ЕНДОМЕТРІОЗУ

За даними ряду авторів, [1, 3, 4, 5, 10, 14, 15, 16] у структурі гінекологічної патології ендометріоз займає 3-є місце серед захворювань жіночих статевих органів. В загальній популяції жінок частота згаданої патології коливається від 6,2% до 50% [14, 16, 27], при безплідді — від 40% до 50% [9, 15, 16, 17, 20, 28] і навіть до 80% [27], при хронічних тазових болях від 33 до 74% [42,45], при дисменореї в 40-60% випадків [3, 8, 12]. За даними Російського наукового центру акушерства, гінекології та перинатології [2] за період з 1972 до 1982 р. серед 4584 хворих, які перенесли лапаротомію, генітальний ендометріоз був виявлений і верифікований у 1258, тобто у 27,4% випадків, в тому числі внутрішній — в 14% і зовнішній в -13,4%, а в університетській клініці Японії серед 4554 хворих — в 11% випадків [8]. При діагностичних лапароскопіях ендометріоз виявляється в 12-26% випадків [2,8]. Більшість авторів [7, 8, 10, 12, 20, 26, 27, 34] вказують на значні труднощі діагностики внутрішнього